(33)

Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.*
(Séance du 7 Mars 1902.)

Sur les inconvénients du traitement mercuriel intensif dans la paraplégie spasmodique syphilitique,

par MM. E. Brissaud et Pierre Marie.

La syphilis peut frapper les centres nerveux, et particulièrement la moelle, suivant des modalités fort diverses au point de vue clinique; parmi celles-ci, après le tabes, la myélopathie la plus fréquemment observée est la paraplégie spasmodique syphilitique.

Nous avons eu l'un et l'autre, dans ces derniers temps, l'occasion d'observer et de traiter, soit conjointement, soit séparément, un certain nombre de cas de cette affection, et nous avons été ainsi témoins de faits qu'il nous a semblé utile de signaler à l'attention de nos collègues de la Société médicale des Hôpitaux.

Lorsqu'on est en présence d'un malade atteint de paraplégie spasmodique syphilitique, on éprouve invariablement l'impression que le traitement antisyphilitique doit fournir, dans un pareil cas, ces résultats merveilleux qui nous font si souvent souhaiter, chez nos malades, d'avoir affaire à la vérole.

En effet, d'une part, l'infection syphilitique est relativement récente, puisque c'est ordinairement dans les trois premières années après le chancre que surviennent les phénomènes paraplégiques. D'autre part, les individus que l'on a à soigner sont jeunes et semblent pouvoir supporter admirablement un traitement même intensif. Enfin, la nature des symptômes, les aggravations brusques à forme de myélite transverse, fournissent la preuve qu'il s'agit là non pas de ces processus parasyphilitiques, si sournois et si rebelles, mais de grosses lésions pour lesquelles la régression semble devoir être la règle.

Eh bien, cette impression si favorable est erronée, cette apparence est fausse. La paraplégie syphilitique ne guérit pas par le traitement mercuriel intensif, et, chose plus grave, non seulement elle ne guérit pas par ce traitement, mais elle empire.

On voit, en effet, sous l'influence de la mercurialisation, des malades qui marchaient mal, à la vérité, mais qui marchaient, perdre des forces, et se trouver obligés de garder le lit; les mouvements de flexion des membres inférieurs, déjà si précaires dans la paraplégie spasmodique syphilitique, le deviennent encore davantage, et parfois même sont presque entièrement abolis. Il nous a paru en outre, à plusieurs reprises, que non seulement il y avait augmentation des troubles moteurs existants, mais encore qu'il survenait une sorte de poussée nouvelle se traduisant soit par des paresthésies, soit par des parésies du côté des membres supérieurs. A cela se joint pour les malades un état de malaise physique et moral assez pénible, si pénible que ceux qui l'ont ressenti plusieurs fois éprouvent pour tout traitement mercuriel une répulsion vraiment instinctive. C'est ainsi, par exemple, que trois de nos malades d'hôpital, qui étaient venus dans nos salles pour des affections broncho-pulmonaires ou gastro-intestinales, se sont absolument refusés à pratiquer les frictions mercurielles que nous leur avions prescrites; et comme nous insistions (A cette époque, nous n'étions pas encore avertis des faits que nous relatons aujourd'hui), ils ont préféré quitter le service, plutôt que d'être à nouveau mercurialisés.

En résumé, l'objet de la présente communication est donc de mettre en garde contre les effets du traitement mercuriel intensif, ceux d'entre nous qui auraient à soigner des malades atteints de paraplégie spasmodique syphilitique.

Est--ce à dire qu'à ces malades il ne faut jamais donner de mercure? — Il y a lieu de faire à cet égard certaines distinctions : — Chez un malade qui est tout à fait au début de l'affection, chez lequel celle-ci ne se traduit encore que par une gêne légère de la marche et par la faiblesse des fléchisseurs des jambes, on est, croyons-nous, autorisé à employer le traitement intensif, mais quand on l'aura pratiqué à une ou deux reprises il conviendra de s'armer de prudence et de ne reprendre ensuite la mercurialisation que d'une main discrète. — Chez un malade qui, après une très courte période prodromique, a été brutalement frappé d'une brusque paralysie des quatre membres ou d'une paraplégie avec hémiplégie, il convient encore de faire immédiatement une ou deux séries de traitement mercuriel intensif, car on voit en général, soit sous l'influence du traitement, soit par suite d'une tendance spontanée indéniable vers la régression, les phénomènes paralytiques et les troubles vésicaux s'amender au bout de quelques semaines dans des proportions considérables. C'est donc seulement, croyons-nous, dans les périodes plus avancées de la maladie, lorsque, au bout de dix-huit mois ou deux ans, celle-ci a évolué vers la chronicité, que l'on doit se tenir en garde contre les méfaits d'une mercurialisation intense.

Et cependant il est pénible, il est humiliant de demeurer les bras croisés en face d'une pareille affection. Une telle attitude ne saurait

être adoptée que s'il était définivement prouvé que tous les modes d'administration du mercure sont nuisibles. Or il nous a semblé, jusqu'ici, que les injections de M. Panas d'huile au biiodure de mercure à la dose quotidienne de 5 à 8 milligrammes ne déterminaient pas d'accidents du genre de ceux qui nous occupent. Il en a été de même pour l'ingestion de pilules mercurielles (protoiodure, pilules bleues) ; il semble en être aussi de même pour le sirop de Gibert (chez un malade que nous avons vu à plusieurs reprises et qui avait été assez éprouvé par différentes applications mercurielles, le sirop de Gibert prescrit par le Dr Cheurlot fut très bien toléré). Nous croyons aussi que l'iode en nature, soit à l'intérieur, soit en injections hypodermiques, par exemple sous forme de *lipiodol*, peut être utile, et n'est pas nuisible pourvu qu'on s'en tienne à des doses modérées, sinon les accidents ci-dessus indiqués peuvent apparaître.

Tels sont les faits qu'il nous a semblé nécessaire de faire connaître, nous les avons observés sur un nombre de malades assez considérable pour affirmer qu'il ne s'agit pas d'une série fortuite, mais bien d'une réaction propre de la paraplégie spasmodique syphilitique vis-à-vis du traitement mercuriel intensif. Nous devons ajouter que tout ce que nous venons de dire s'applique également au *type tabéto-spasmodique* de la myélite syphilitique, type d'ailleurs passablement moins fréquent que le type spasmodique vulgaire. Au contraire, dans le *Tabes*, dans la *Paralysie générale*, l'application du traitement intensif, loin d'amener une aggravation des phénomènes, nous a souvent paru exercer une influence favorable, du moins dans les périodes de début et le commencement de la période d'état, car plus tard il peut n'en être pas de même.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

(34)

Extrait des Bulletins et Mémoires de la Société medicale des Hôpitaux de Paris
(Séance du 12 janvier 1894.)

De l'origine poliomyélitique d'un certain nombre des lésions qui frappent les faisceaux blancs médullaires dans la pellagre, la paralysie générale et différentes scléroses combinées,

par M. Pierre Marie.

Dans une précédente séance (novembre 1893), j'ai eu l'honneur de parler devant la Société du mode de production des lésions du cordon latéral dans la *sclérose latérale amyotrophique*. D'après ma manière de voir, les lésions de ce cordon seraient dues, pour une part plus ou moins considérable, à l'altération de certaines cellules situées dans la région moyenne de la substance grise et connues sous le nom de « cellules du cordon latéral »; en un mot, dans la production de ces lésions, il faudrait tenir grand compte de la *poliomyélite* si intense qui caractérise la sclérose latérale amyotrophique.

Je crois que ce rôle de la poliomyélite peut être généralisé et donner la clef du mode de production d'un grand nombre de lésions des faisceaux blancs au cours d'affections diverses de la moelle.

C'est ainsi que, dans la *pellagre*, où il existe le plus souvent des lésions combinées des cordons postérieur et latéral, on peut, sur les figures d'un récent travail de Tuczek, constater que la dégénération dans le cordon postérieur a une localisation tout autre que chez les tabétiques. En effet, il n'existe là, contrairement à ce qui a lieu pour le tabes, aucune lésion soit des racines postérieures, soit de leurs prolongements intramédullaires (zone de Lissauer, réseau nerveux des colonnes de Clarke), la dégénération du cordon postérieur doit donc être attribuée à un mécanisme autre que celui du tabes. En effet, tandis que la dégénération du cordon postérieur dans le tabes est *exogène*, c'est-à-dire, provient surtout de la lésion des racines postérieures, celle de la pellagre — du moins dans les cas

vraisemblablement sur une grande hauteur de la moelle, mais elle semble avoir un maximum bien marqué au niveau des régions cervicale inférieure et dorsale supérieure ; en effet, dans plusieurs cas, on peut constater qu'au-dessus de ces régions l'ensemble des lésions des cordons blancs prend l'aspect de la dégénération ascendante (faisceau de Goll, faisceau cérébelleux direct), tandis qu'au-dessous on trouve l'aspect de la dégénération descendante (territoire pyramidal croisé, bandelette en virgule).

Quant aux lésions du CORDON POSTÉRIEUR, elles ne sont, bien endendu, pas toujours identiques dans les différents cas, mais cependant dans un bon nombre d'autopsies de scléroses combinées, on peut constater ce fait que la *zone cornu-radiculaire* est intacte dans toute la hauteur de la moelle. C'est là déjà, comme nous l'avons vu, une forte présomption en faveur de l'origine endogène des lésions du cordon postérieur, même quand ces lésions siègent dans le *faisceau de Goll*, car il y a quelques raisons pour admettre l'existence simultanée, dans ce faisceau, non seulement de fibres radiculaires, mais encore de fibres provenant de la substance grise médullaire, et ayant une direction ascendante comme les fibres radiculaires. Pour ce qui est du processus donnant naissance à ces altérations de la substance grise médullaire, il est vraisemblable qu'il s'agit, dans le plus grand nombre de cas, d'une intoxication ou d'une infection. Peut-être les vaisseaux de la substance grise jouent-ils un rôle, ainsi que peuvent le faire penser les résultats de l'expérience de Sténon (compression transitoire de l'aorte) déjà invoquée par Pierre Marie, *in Leçons sur les maladies de l'aorte.*

Paris. — Imprimerie L. MARETHEUX, 1, rue Cassette. — 2642.